Ueber
Coincidenz von Lupus
und
Syphilis hereditaria tarda.

Inaugural-Dissertation

der

Medicinischen Facultät

der

Kaiser-Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt

von

Moriz Simons aus Neus a/Rh.

1892.

Ueber
Coincidenz von Lupus
und
Syphilis hereditaria tarda.

Inaugural-Dissertation

der

Medicinischen Facultät

der

Kaiser-Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt

von

Moriz Simons aus Neus a/Rh.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Lücke.**

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547613_0080

Es giebt kaum einen Namen in der gesamten Medizin, welcher seit alten Zeiten so sehr im Mittelpunkte wissenschaftlicher Streitfragen gestanden, wie derjenige der Syphilis.

Wenn ich dieser alten „Crux“ der Menschheit ein weit jüngeres Pflegekind klinischer Forschung, den Lupus, zur Seite stelle, so will ich mich gleich von vornherein gegen die Vermutung verwahren, als beabsichtige ich, in dieser kleinen Arbeit den beiden Krankheiten als solchen irgend welche direkte Beziehungen zu einander zuzusprechen und damit längst erledigte Fragen zur Erörterung wieder heranzuziehen. Es wäre dies ein seltsames Unterfangen zu einer Zeit, wo das Krankheitsbild der Syphilis nach jeder Seite hin, mit Ausnahme — leider — der bakteriologischen, die schärfsten Konturen erhalten hat; und wo das Häuflein der der Identitätslehre von Lupus und Hauttuberkulose noch gegenüberstehenden Forscher endgültig die Flagge streichen muſs vor der Tatsache, daſs vermittelst direkter Einimpfung von hochgradig phthisischem Sputum: Lupus und umgekehrt durch Inokulation von Lupus: allgemeine Tuberkulose hervorgerufen werden konnte; — siehe Jadassohn, Virchows Archiv 1890, und Leloir, Journal des Maladies cutanées et syphilitiques, septembre 1891.

Diese Zeilen bezwecken viel weniger die Erörterung zweier interessanter Fälle von Coincidenz oder besser Mischform von Lupus oder Syphilis hereditaria, welche in der Klinik des Herrn Professor Wolff im Wintersemester 1891/92 zur Vorstellung kamen mit einer kri-

tischen Beleuchtung der verschiedenen Modifikationen, welche die gleichzeitig zur Entwickelung gelangten Produkte der beiden Krankheitsformen zur Schau trugen und unter besonderer Berücksichtigung der differentialdiagnostischen Momente.

Während nämlich die Litteratur viele Arbeiten und kasuistische Beiträge über Lues und Tuberkulose, sowie namentlich Skrophulose aufweist, sind über die Vereinigung von Lupus und Syphilis, zumal hereditärer Syphilis überhaupt fast keine Berichte zu finden.

Ich beginne mit der sachlichen Beschreibung des ersten Falles:

Marie L., 13 Jahre alt, sehr schlecht entwickeltes Mädchen mit graublasser Hautfarbe, geringer Muskulatur und minimalem Unterhautfettgewebe, sowie sehr hagerem, gracilem Knochenbau. Das Kind macht einen hochgradig kachektischen Eindruck, spricht heiser, hat jedoch über sein Allgemeinbefinden nicht zu klagen.

Auf der Nase findet sich entsprechend dem ganzen nicht knöchernen Teile eine mit dicken gelbbraunen Krusten bedeckte Ulceration, mit ihr in Verbindung auf der linken Wange eine über zwei-Markstück grofse, oval gestaltete, schräg von medianwärts oben nach lateralwärts unten verlaufende Ulceration, ebenfalls mit dicken dunkelgelben Borken bedeckt. Ihr oberer Rand reicht bis in die Nähe des inneren Lidwinkels, wodurch dieser ein wenig nach unten verzogen ist. Auf der rechten Wange sieht man eine gleichgrofse und dieselben Charaktere aufweisende Geschwulst, in ähnlicher Richtung verlaufend, aber nicht so hoch hinauf reichend; in ihrer Umgebung kleine, isolierte, rotbraune Knötchen, zum Teil ebenfalls bereits ulceriert und mit kleinen Krusten bedeckt. Alle diese Ulcerationen sind nicht scharf umrändert, sondern gehen vermittelst einer stark gebuchteten blauroten, gleichmäfsig breiten Randzone allmählich in gesundes Hautgewebe über.

Die Exploration der Mund- und Rachenhöhle ergiebt an der hinteren Fläche des weichen Gaumens eine unregelmäfsig begrenzte, vertikal verlaufende Narbe. Die Uvula ist an der Spitze sehr uneben. Die ganze Schleimhaut des weichen Gaumens zeigt eine balkige Beschaffenheit.

Die anamnestischen Daten, — für uns ein integrierender Teil, weil sie die syphilitische Vorgeschichte der Patientin enthalten — lauten etwa folgendermafsen. Patientin ist das erste — aufsereheliche — Kind der angeblich (?) völlig gesunden Eltern. Im achten Jahre, bis zu welcher Zeit das Kind ganz gesund gewesen ist, erkrankten die Augen derart, dafs Patientin 2 Jahre lang nichts gesehen haben will. Zu gleicher Zeit, als das Augenleiden begann, trat auf der rechten Halsseite ein Knötchen etwa 1 cm unter dem unteren Ansatze der Ohrmuschel auf, vergröfserte sich bis zur Gröfse etwa eines Fünfpfennigstückes, brach auf, entleerte Eiter und bedeckte sich dann mit Krusten. Die Affektion dehnte sich nach oben bis ans Ohr und später auch nach unten aus bis in die Gegend des Seitenhornes des Zungenbeines. Die kranken Stellen secernierten bald Eiter, bald bedeckten sie sich mit Krusten. Die Status-Aufnahme vom 22. Juli 1889 ergiebt dann weiter: Seit 2 Monaten hat sich der oberste Teil von etwa Fünfpfennigstückgröfse allmählich vernarbt. Auf der rechten Wange, 1 cm vom Nasenflügel entfernt, zeigt sich eine fünfpfennigstück grosse Stelle von gleichem Charakter. Patientin fiel nun auf diese Stelle, worauf sich eine Geschwulst bildete, welche nach Incision nicht heilte, sondern sich mit Krusten bedeckte. Bald darauf wurde auch die Nasenspitze befallen und zwar von genau denselben Charakter tragenden Ulcerationen. Von Knötchen ist an der erkrankten Partie kaum etwas wahrzunehmen.

Die Untersuchung der inneren Organe ergiebt ne-

gatives Resultat. Therapie: Entfernung der Krusten, Hydrargyrum-Pflaster, Jodkali in steigender Dosis bis zu 6 gr pro die. Die ulcerierten Stellen zeigen Tendenz zur Vernarbung.

XI. 89. Multiple Hautgummata, die bei länger fortgesetztem Jodkaligebrauch wieder verschwinden. Die Tagesdosis von Jodkali betrug damals 20 gr.

Am 21. I. 90. Entlassung.

Am 30. IV. 90. Wiederaufnahme wegen neuerlicher grofser Ulcerationen an der Nase und rechten Wange. Dieselben secernieren Eiter und zeigen schwammige papilläre Wucherungen.

Auf dem linken Auge ein Hornhautgeschwür. Therapie: Quecksilber-Inunktionskur. Kalomelpulver ins Auge.

17. V. 1890. Allgemeine Tendenz zur Vernarbung der Processe. Geschwür auf der Conea geheilt. Neben der Schmierkur innerlich 3 gr Jodkali täglich. Aufser diesen wörtlich dem Krankenbuche entnommenen Daten ist noch zu eruieren, dafs Patientin etwa im sechsten und siebenten Jahre an Anfällen litt, welche der Beschreibung nach den Typus der epileptiformen zeigten, meist aber ausgesprochene Krämpfe vermissen liefsen.

Die Familienanamnese ergiebt dann noch folgendes: Das zweite Kind derselben Eltern starb, $1^1/_2$ Jahre alt, an einem Ausschlage — Blasen am Bauche und den Genitalien, welche sich in Geschwüre umwandelten. Drittes Kind starb, 11 Tage alt, am „Schlagflufs“ (!). Kinder Nr. 4, 5 und 6 leben und sind gesund. Siebentes Kind todtgeboren (faultodt in Steifslage (!)).

Die Mutter, wie oben bereits erwähnt, immer vollkommen gesund. Vater litt vor längerer Zeit an wehen Augen; im übrigen ist auch er völlig gesund.

Die jetzt von uns angewendete Therapie beschränkt sich anfangs auf die Bedeckung der Ulcerationen mit Hydrarg.-Pflaster, worauf eine, wenn auch langsam, so doch stetig fortschreitende Heilung zu bemerken ist.

Später wird letztere noch beschleunigt durch zweimaliges Brennen mit dem Besnier-Wolffschen Thermokauter.

Die jetzt bestehenden Affektionen tragen ganz unzweifelhaft alle typischen Charaktere des echten Lupus vulgaris, so dafs uns keinerlei differential-diagnostische Schwierigkeiten entgegentreten, über welche im allgemeinen zu sprechen ich mir deshalb erst bei Erörterung unseres zweiten Falles erlauben werde.

Die Tatsache, dafs die Ulcerationen sehr prompt unter Quecksilber-Pflaster zu heilen scheinen, kann die Diagnose nicht im mindesten erschüttern. Denn wenn auch vor noch nicht langer Zeit — Kaposi schreibt noch 1879, er habe Lupusknoten niemals unter grauem Pflaster sich rasch verändern gesehen — von verschiedener Seite die direkt heilende Wirkung von Hydrargyrum-Pflaster auf lupöse Affektionen bestritten wurde, und gerade dieser Umstand gegenüber syphilitischen Geschwüren zur differential-diagnostischen Verwertung empfohlen wird, so haben doch in der neuesten Zeit die Quecksilberpräparate als gute Heilmittel gegen Lupus-Affektionen allgemeine Anerkennung gefunden.

Die Krankengeschichte dieses Falles bietet also ein reines Bild von hereditärer Syphilis, die lange Jahre hindurch, gleichsam in typischer Reihenfolge die verschiedenen Veränderungen zu Tage förderte.

Das Augenübel — die zweijährige Blindheit, welche die Reihe der Leiden eröffnete, dürfte wohl als der erste Ausbruch der ererbten Lues betrachtet werden können — als eine Keratitis diffusa parenchymatosa, als deren Ursache bekanntlich Hutschinson schlechtweg die hereditäre Syphilis bezeichnet hat, eine Behauptung, welche übrigens nicht in allen Fällen zu Recht besteht. Ob damals vielleicht eine Iritis condylomatosa mit im Spiele gewesen, läfst sich schwer eruieren, ist aber schon deshalb ziemlich unwahrscheinlich, weil eine spontane

Heilung erfolgte, ohne irgend welche Spuren (Irissynechien) zu hinterlassen.

Bei dem später zum Ausbruch gekommenen allgemeinen gummatösen Syphilid sind auch die Augen von diesen, der „tertiären“ Luesperiode angehörenden Neubildungen nicht verschont geblieben. Das in der Anamnese erwähnte Hornhautgeschwür dokumentierte seinen luetischen Charakter dadurch, dafs es prompt auf Merkur und Jodkali reagierte. Nebenbei sei nochmals hervorgehoben, dafs die multiple Hautgummatose mit Jodkali in Gaben bis zu 20 gr pro die bekämpft werden mufste —, Dosen, vor welchen viele Kliniker mit Unrecht zurückschrecken; hat doch Wolff einmal eine Patientin monatelang mit 50 gr Jodkali pro die aufs erfolgreichste, und ohne dafs sich unangenehme Nebenwirkungen dieses Mittels ergeben hätten, behandelt.

Während also bei unserer Patientin mehrere Jahre hindurch die verschiedenen Formen spät hereditärer Syphilis dem Krankheitsbilde sein spezifisches Gepräge gaben, finden wir jetzt nur einen echten Lupus vulgaris, zum Teil an denselben Hautstellen, an welchen auch die syphilitischen Efflorescenzen sich etabliert hatten. Allerdings mufs es das luetische Erbe sein, welches dem ganzen Organismus den Stempel hochgradiger Kachexie aufgedrückt hat; denn von Tuberkulose innerer Organe ist nichts zu diagnosticieren, und Lupus allein pflegt bekanntlich die allgemeine Konstitution so wenig zu beeinflussen, dafs er in der Mehrzahl der Fälle sogar auf vollsaftigen, kräftigen Individuen sich findet.

Bei dem Anblick dieser unzweifelhaft lupösen Affektionen drängt sich nun wohl mit Recht die Frage auf, ob nicht doch ein, wenn auch nur ganz äufserlicher Zusammenhang zwischen den beiden Krankheitsformen „Lupus“ und „Syphilis“ bestehe, ob man sich mit der Annahme der ganz zufälligen Koordination zufrieden

geben und jedwede subordinierende Zusammengehörigkeit von der Hand weisen müsse.

Auch über diesen Punkt haben die Dermatologen lange Zeit hin und her gestritten. Den obsoleten Ansichten über völlige Identität von Lupus und Syphilis oder ihren intimsten Zusammenhang trat Hutschinson bereits im Jahre 1879 mit der Behauptung entgegen: „Weder durch Vererbung noch auf direktem Wege wird Lupus von Syphilis veranlafst.“ Wilson verteidigt in etwas sophistischer Weise „gewisse Formen von Hautkrankheiten, die, weil sie den neutralen Boden zwischen Syphilis und Lupus occupieren, zu Lupus gerechnet werden müssen, wenn Lupus Syphilis wäre; aber wenn dies letztere nicht der Fall wäre, als Lupoide gelten müfsten, und eine Gruppe von Übergangsformen darstellen zwischen Syphilis, von welcher sie deutlich (clearly) hervorgehen, und zwischen Lupus, welchem sie analog zu sein scheinen.“

Wir stellen uns heute wohl am besten auf den Standpunkt Langs: „Der syphilitische Boden ist für die Entwickelung des Tuberkel-Bacillus sehr günstig, denn sowohl die Statistik, als die neueren Beobachtungen vermögen die ältere Ansicht nur zu bestätigen, dafs hereditär syphilitische Kinder in grofser Häufigkeit an skrophulo-tuberkulösen Affektionen besonders der Knochen, sowie an Lupus erkranken.“ Dafs hierbei übrigens Lupus Hand in Hand mit skrophulösen Erscheinungen geht, ist uns heute eigentlich selbstverständlich, da die aetiologische Geschwisterlichkeit von Tuberkulose, Skrophulose und Lupus, wurde sie gleich von Kaposi, wenigstens für Skrophulose und Lupus bezweifelt, als feststehend zu betrachten ist. Aber auch schon früher haben die Franzosen den Lupus schlechthin „Scrophulide“ genannt, — ein Beweis, dafs Lupus sich sehr häufig mit dem als Skrophulose bezeichneten Symptomencomplex gepaart haben mufs.

Dies nebenbei; — dürfte es nun angesichts derartiger klinischer Fälle nicht gestattet sein, einen Schritt weiter gehend, obige von Lang ausgesprochene Behauptung dahin zu praecisieren, dafs Lues congenita nicht blofs im allgemeinen einen guten Nährboden abgebe für die Entwickelung skrophulöser und lupöser Erkrankung, sondern dafs gerade die von den syphilitischen Efflorescenzen bevorzugten Hautstellen vor allen anderen auch dem Lupus zum Opfer fallen? Wenn zum Beispiel auf verbrannten und ihres Epithels beraubten Hautflächen maligne Tumoren, wie Carcinom gerne emporwuchern, wenn syphilitische Infiltrate tuberkulös werden können, — woran kein Zweifel ist —; wenn Esmarch und Andere Lupus sekundär aus chronischen Lymphdrüsenvereiterungen sich entwickeln sahen, warum soll man nicht in analoger Weise anzunehmen berechtigt sein, es entwickelen sich gerne auf dem Boden kaum verheilter luetischer Efflorescenzen die Produkte des Lupus?

Treffen doch in solchen Fällen die Tuberkelbacillen auf den von ihnen ohnedies so bevorzugten kachektischen, schlecht ernährten Kindern noch trefflich präparierte und zum Teil der schützenden Epidermis beraubte Hautstellen an, um sich dort einzunisten.

Nach ganz neuen Veröffentlichungen von Finger könnte man übrigens wieder zu der Annahme eines indirekt ursächlichen Zusammenhanges zwischen Lupus und Syphilis gelangen, und zwar in einer von der alten allerdings grundverschiedenen Auffassung. Finger glaubt, eine besondere Gruppe von Störungen, durch welche sich die hereditäre Syphilis äufsere, bildeten alle jene verschiedenen Ernährungsstörungen und ihre Folgen, Entwickelungshemmung, Infantilismus, Mifsbildungen, Praedisposition zu Krankheiten etc. und zwar ginge in allen diesen Fällen nicht das syphilitische Virus selbst, sondern die von ihm durch Proliferation im körperlichen

Organismus gebildeten Stoffwechselprodukte (Ptomaine) allein auf das Kind über, und zwar durch den placentaren Stoffaustausch.

Noch plausibler als diese Hypothese, — denn mehr als eine solche haben wir füglich nicht von uns, — erscheint mir die ebenfalls von Finger ausgesprochene Annahme, dafs durch die chronische Syphilis-Intoxikation eine gewisse „Depravation" des männlichen Samens in demselben Sinne etwa herbeigeführt werde, wie durch den chronischen Alkoholismus, dessen unzweifelhaft verderblicher Einflufs auf die normale Entwickelung der Nachkommenschaft allerdings kaum anders als durch eine derartige Schwächung der Produkte der männlichen Keimdrüse sich erklären läfst

Zu unserem Falle zurückkehrend, könnte man sich dann auf Grund einer berechtigten Analogie etwa diese Schlufsfolge entwickeln:

Die paterne Lues beschenkt die Erbin aufser mit den eigentlichen Produkten direkter syphilitischer Vererbung mit jenem kongenitalen kachektischen Habitus, welcher seinerseits nun wieder die Bedingungen erfüllen hilft für die Ansiedelung und gedeihliche Entwickelung der Tuberkelbacillen in der geschwächten Haut — für den Lupus.

Aber wie dem auch sei, welche Einflüsse immer der Entwickelung des Lupus auf solchen hereditär belasteten Individuen besonders Vorschub leisten, der auf dem Boden alter Syphilis-Efflorescenzen entstandene Lupus scheint sich durch besonders schweren Verlauf, sowie durch beschleunigtes Wachstum auszuzeichnen.

An dieser Stelle wird es nötig sein, einen Nachtrag zu unserer Krankengeschichte zu bringen.

Am 24. V. 92 kommt die Patientin in aufserordentlich kachektischem Zustande wieder in die Abteilung, äufserst abgemagert und vernachlässigt. Die Statusaufnahme ergiebt über beiden Lungen, besonders rechts

vorne deutliches Rasseln. Links vorne oben geringe Dämpfung; Husten unbedeutend; kolossale Kopfschmerzen und Genickstarre. Bauch eingezogen. Irregulärer Puls. In den folgenden Tagen wird die Genickstarre erheblicher; die heftigen Kopfschmerzen bestehen dauernd fort, ebenso die Einziehung des Abdomen. Ab und zu tritt Erbrechen auf; es kann der Patientin nur ganz wenig Nahrung eingebracht werden. Am 2. VI. 92. Exitus letalis. Die Temperatur blieb während der ganzen Zeit subfebril, nur an einem Tage, 28. V. erreichte dieselbe abends 38, 5. Am Tage vor dem Tode ist morgens 36, 4, abends 36, 9 notiert.

Das Protokoll der am 3. IV. 92 ausgeführten Sektion lautet folgendermafsen:

Rechte Nase verschrumpft, nach rechts verzogen, Nasenloch verengt; sowohl die abgeplattete Nasenspitze, wie die Umgebung beider Nasenlöcher narbig geschrumpft. Dura mater über der Konvexität stark gespannt. Die Gyri an der Oberfläche des Gehirnes abgeplattet; sehr reichliche Flüssigkeit an der Hirnbasis. Die Pia an der Basis, besonders zwischen Chiasma, Pons und Vorderfläche der Medulla oblongata verdickt und gelblichgraulich gefärbt durch ein sulziges Infiltrat, welches eingelagerte Knötchen zeigt; reichliche Knötchen in beiden Fossae Sylvii, hier zum Teil reichlich grofs. Hydrocephalus internus, besonders Hinterhörner stark erweitert. Das Ependym zeigt ziemlich starke Granulationen, am schwächsten über den beiden Corpora striata, am stärksten über den Streifenhügeln und Thalamus optic. Auch Ventrikel III etwas erweitert, auch hier reichliehe Granulationen, besonders am Boden.

Hirnsubstanz stark erweicht. Arterien der Hirnbasis äufserst zartwandig; Schädeldach symmetrisch, im ganzen ziemlich dünn, besonders die Impression. digitat. tief; hier das Schädeldach durchsichtig, ebenso in Stirn- und Scheitelbeinen.

Auch auf der Dura der Basis in geringer Zahl kleine Knötchen, besonders in der Umwandung des Foramen magnum und am Clivus.

An der rechten Seite des Halses zwischen vorderem Rand des Sternocleido-mast. und dem Unterkieferrand eine strahlige Hautnarbe.

Thorax sehr flach, keine Narben am Sternum.

Linke Lunge im hinteren Abschnitte etwas adhaerent. Der rechte Oberlappen stark mit dem Thorax verwachsen, Herzbeutel leer; wenig flüssiges Blut im Herzen, keine Verstopfung in der Pulmonalis; Myocardium blafs, schlaff.

Trachea hat schleimigen Inhalt, ihre Schleimhaut blafs; am Hals keine Lymphdrüsenschwellung, bis auf einzelne, bohnengrofse, weiche, teils blasse, teils rote Knoten in der rechten Supraclaviculargrube.

An dem Lungenhilus vereinzelte, etwas schiefrige Bronchialdrüsen ohne Verkäsung.

An der hinteren Fläche des weichen Gaumens die Schleimhaut stark balkig, sie trägt eine von oben nach unten verlaufende, stärker glänzende, strahlige Narbe. Uvula sehr kurz und dick, sie trägt in der Spitze eine Einkerbung, die Schleimhaut darüber fleckig gerötet, sehr uneben, kleine oberflächliche Ulcerationen, stecknadelkopfgrofs liegen in der Schleimhaut des rechten Gaumenbogens.

Starke Erosionen des Epithels im unteren Oesophagusabschnitt. Die hintere Pharynxwand ist an ihrem Schleimhautüberzug von sehr dicht stehenden, tiefen, klümpchenförmigen Ulcerationen durchsetzt.

Die Plicae ary-epiglotticae und die Epiglottis selbst stark verdickt; letztere geschrumpft; ihre Schleimhaut an der vorderen Fläche sehr wulstig, während an der hinteren Fläche der Knorpel durchschaut. Die ganze hintere Fläche der Epiglottis sehr uneben und warzig; ebenso die Schleimhaut über der plica ary-epiglottica.

Oberhalb des linken Aryknorpels besonders starker Wulst; doch fehlt eigentliche Narbenbildung.

Die ganze hintere Seite der falschen Stimmbänder zerstört und die Taschen dadurch vertieft. Wahre Stimmbänder intakt, doch unterhalb des linken Stimmbandes kommt noch eine ganz flache, warzige Erhebung, fast 1 cm lang, zum Vorschein. Trachealschleimhaut zeigt nichts von Narben und Ulcerationen.

Linke Lunge blutreich, oedematös; Parenchym im allgemeinen lufthaltig; im Oberlappen sehr reichliche Knötchen. Nichts von älteren tuberkulösen Herden in den Lungen.

Milz etwas grofs; Länge: $9^1/_2$, Breite: $6^1/_2$, Dicke: $1^1/_2$ cm. Parenchym ziemlich blutreich, reichliche Follikel und grofse Anzahl über der Schnittfläche prominierender grauer Knötchen.

Lymphdrüsen des Mesenterium etwas geschwollen.

Linke Niere glatt, sehr dünne Marksubstanz; Rinde sehr blutreich; an der grauroten Oberfläche in geringer Zahl graue Knötchen, stecknadelkopfgrofs, mit etwas verwaschenen Konturen. Parenchym sehr fest. Im Nierenbecken stark gefüllte Venen.

Rechte Niere genau wie linke; ebenfalls graue Knötchen auf dem Schnitt.

An der Porta hepatis über bohnengrofse Lymphdrüsen, aber ohne Gefäfse Im Magen und Pancreas nichts Besonderes.

Leber, von mittlerer Grösse, zeigt netzförmige Verdickung an der Serosa, längs den Gefäfsen in der Vorderfläche des rechten Lappens Parenchym sehr blutreich. Zu beiden Seiten des Ligam. suspensorium eine kleine anämische Zone unter der Serosa. Keine Bindegewebsvermehrung. Keine Herde.

An der Oberfläche des Bauhinschen Klappe eine linsengrofse, flache Ulceration, ohne Knötchen. Sehr infantile innere Genitalien.

Der Tod ist hier also zweifelsohne durch miliare Tuberkulose der Hirnhäute erfolgt.

Es ist sehr interressant, den Weg dieser letzten Erkrankung an unserem Falle zu verfolgen, die spezielle Aetiologie dieser deletären Tuberkulose, gleichsam ad oculos demonstrieren zu können. Gemäfs dem Sektionsbefunde scheint es nämlich ziemlich sicher, dafs der Lupus der Mund- und Rachenschleimhaut die Katastrophe heraufbeschworen hat, dadurch, dafs er immer tiefer hinabwucherte, den Larynx ergriff und nun wohl auf dem indirekten Wege der Lymphbahnen gleichsam seine Tuberkelbacillen-Kohorten in die Lunge verschob, von wo sie dann, noch bevor sie entscheidende Zerstörungen ins Werk setzen konnten, vermittels des Blutstromes plötzlich in die Meningen verbracht, durch eine alle klinischen Charaktere zeigende Meningitis den Fall schnell ad exitum geführt haben.

Den möglicherweise zu erhebenden Einspruch, die akute Erkrankung habe auf der Basis einer lokalen Tuberkulose zumal in dem mit echtem phthisischem Habitus begabten Individuum leicht entstehen können, kann man als gekünstelt wohl ziemlich sicher von der Hand weisen, umsomehr da das Sektionsprotokoll entsprechend dem negativen Resultate unserer häufigen Lungenuntersuchungen das Fehlen jedweden älteren Herdes in der Lunge besonders betont.

Übrigens hat man nicht selten bereits viscerale Tuberkulose selbst aus geringfügigem Lupus hervorgehen sehen, wie auch eine Komplikation von selbst geringer visceraler Tuberkulose mit einer den Procefs entscheidenden tuberkulösen Meningitis eine alte klinische Tatsache ist.

Bevor ich nun auf die differential-diagnostischen Schwierigkeiten eingehe, welche sich einem nicht selten bei Coincidenz von Lupus und Syphilis in den Weg stellen, will ich eine genaue Beschreibung des zweiten

Falles beibringen, der uns dann noch für die Erörterung mehrerer anderer Punkte Veranlassung bieten wird.

Dr.... Johann, 13 Jahre alt. Allgemeinstatus: Schwächlicher, in der Entwickelung zurückgebliebener Knabe mit sehr blasser Hautfarbe und anämischen Schleimhäuten. Im Gesicht, besonders auf der Stirn sieht man einzelne feine Venen deutlich durchschimmern. Muskulatur schwach, Unterhautfettgewebe mäfsig entwickelt. Knochenbau sehr gracil. Lungen: überall vesikuläres Atmen; Grenzen normal, Cor. normal. Leber bietet etwas vergröfserte Dämpfung. Haut: Fast das ganze Gesicht mit Ausnahme von Stirn und Kinn von Hautkrankheiten ergriffen. Die Nase ist abgeplattet und zwar in nicht symmetrischer Weise. An der Wurzel ist sie nicht eingesunken, dagegen ist die untere Partie zusammengesunken und im knorpeligen Teile „abgegriffen". Die asymmetrische, nämlich links stärkere Abplattung des ganzen Organes beruht auf dem gröfseren Substanzverlust der linken Seite. Beide Nasenlöcher sind verengt, das rechte erscheint durch dicke gelbe, zum Teil feuchte Krusten fast ganz verlegt; auf dieser Seite ist aber vom knorpeligen Rande etwas mehr erhalten, als auf der linken Seite. Die Oberfläche der noch erhaltenen Teile der Nase ist rot und, ähnlich allen übrigen Teilen des Gesichtes, leicht schuppend. An der lateralen Ecke des linken Nasenknorpelflügels besteht eine frische dunkelrote Ulceration. Auf dem oberen Teile des linken Nasendaches befindet sich eine narbige, etwa Pfennigstück grofse Einziehung, welche zum inneren Augenwinkel hin ausstrahlt. Beiderseits sind auch die Augenlider ergriffen, sie zeigen den Zustand mäfsiger Schrumpfung und sind infolgedessen etwas entropioniert. Am rechten Auge ist mehr das untere, am linken mehr das obere Lid erkrankt. Beiderseits ist ein völliger Schlufs der rima palpebrarum nicht möglich. Über dem linken Auge zum Teil die Supercilien zerstört, nämlich im

Bereiche einer ovalen, bohnengrofsen, deutlich das typische Bild eines gewöhnlichen Lupus bietenden Stelle, welche an der Peripherie zum Teil unter dem Niveau der übrigen Haut liegende, zum Teil über diese hinausragende Knötchen zeigt. Beiderseits besteht starke Blepharitis, welcher die Cilien, besonders der Unterlider fast sämtlich zum Opfer gefallen sind, während der Rand der oberen Lider mit an den Cilien festhaftenden Borken bedeckt ist. Beiderseits besteht Thränen, links aber stärker; beiderseits conjunctivitis palpebrarum et bulbi, welch letzterer eine getrübte und von lateralwärts hineinwuchernden Gefäfsen durchzogene Cornea zeigt. Beiderseits ist die Partie der Nasoorbitalfalte geschwollen. In derselben fällt rechts eine strichförmige, der Falte parallel laufende, besonders intensive Röte auf, welche auf der linken Seite mit einzelnen strichförmigen, etwas eingezogenen Narben vergesellschaftet ist.

Die medianen Teile jeder Wange imponieren durch gleichmäfsig rote Wucherungen, über welchen wenigere Epithelschüppchen liegen, als über der Nase. Der Rand dieser grofsen roten Stellen weist mehrere deutliche Knötchen auf. Auf der linken Wange, mehr lateralwärts sieht man eine markstückgrofse und noch näher dem Ohre zu zwei etwas gröfsere mit $^1/_2$ cm dicken, braunen, trockenen Krusten bedeckte Stellen, welche zusammen die Ecken eines Dreieckes bilden. Alle drei zeigen in übereinstimmender Weise eine tief ausgebuchtete, wulstige, intensiv rote Randzone, welche auf teils weniger erkranktes, teils ganz gesundes Hautgewebe übergeht. Eine ganz die gleichen Eigenschaften darbietende, aber etwas kleinere Stelle findet sich noch ein wenig mehr lateral gelegen, unter dem Rande des Unterkiefers. In der Regio submaxillaris finden sich mehrere quer verlaufende, zum Teil strichförmige, fast cm breite Narben, auf welchen wieder frische Knötchen emporgewuchert sind.

In mehr zusammenhängender Form präsentieren sich die erkrankten Partien der rechten Wange. Dieselbe ist fast bis zum Kieferrande teils mit dicken trockenen Krusten bedeckt, teils kleienförmig schülfernd. Allenthalben versprengt sind deutlich erkennbare Knötchen. Am stärksten aber concentrieren sich gleichsam diese Erscheinungen auf einen Hautabschnitt, der in der Höhe der Nasenspitze beginnend, in tiefgekrümmter Bogenlinie bis zum Mundwinkel sich fortsetzt, indem die Ulcerationen in dieser Richtung hin sich allmählich verjüngen. Die mehr lateralen Teile der Wange fallen auf durch mehrere verschieden grofse, narbige Einziehungen und eine ebensolche, unregelmäfsig begrenzte etwa zweimarkstückgrofse Narbe ist neben dem äufseren Orbitalwinkel zu sehen.

Unmittelbar vor dem Tragus des rechten Ohres stehen drei ganz isolierte, hypertrophische Knötchen in wenig infiltriertem Gewebe. Die beiden Lippen sind tief rot und so stark gewulstet und ektropioniert, dafs sie beim ersten Anblick als der Hauptteil des Gesichtes gleichsam imponieren, dabei ist die Schwellung der Oberlippe eine asymmetrische, was seinen Grund darin hat, dafs auf der rechten Seite bereits ein Defekt des Gewebes Platz gegriffen hat. Der Mund kann nicht geschlossen werden; die Lippen sind an den freien Stellen rissig und leicht blutend, ihre gröfste Fläche trägt jedoch Borken, die sich von der Unterlippe noch auf die nach abwärts gelegenen Hautteile bis in die Mentalfurche fortsetzen. Der linke Mundwinkel, nicht so stark ausgezogen, wie der rechte, zeigt am unteren Rande Epithelverlust mit graulicher Verfärbung der Schleimhaut; nach aufsen davon im Umkreise von etwa $2^1/_2$ cm liegen gelbe, feuchte Excorationen. Auf der inneren, dem Vestibulum oris zugewendeten Fläche der Lippen zeigen sich in dick infiltriertem Gewebe zahlreiche Knötchen und mehrere deutliche Ulcerationen. Das

Zahnfleisch ist ebenfalls ergriffen, besonders am Oberkiefer, wo die Pyramiden zwischen den Schneidezähnen in starker Schwellung prominieren.

Auf der Streckseite des linken Armes, etwas über der Mitte des Humerus, sieht man eine 4 cm lange, ovale Stelle mit dicken gelben, trockenen Krusten besetzt und von rotem Hofe umgeben; auf diesem einige Epithelschüppchen.

Über dem rechten angulus scapulae und von diesem aus medianwärts und nach oben verlaufend, eine Narbe mit Einziehungen etwa 3 cm lang und mit frischen Knötchen besetzt.

Über dem dritten Intercostalraum rechts, wenig medianwärts von der Mammillerlinie, befindet sich eine weisse, runde, scharfrandige pfennigstückgrofse Narbe (Lues).

Auf der Streckseite des linken Beines über dem Femur, drei Fingerbreit oberhalb des Kniegelenkes beginnend, mehrere unregelmäfsig geformte Narben von verschiedener Gröfse, ebensolche in gröfserer Anzahl auf der Streckseite des Unterschenkels. Einzelne von ihnen sind unter das Niveau der Epidermis muldenartig eingesunken, auf mehreren haben sich neue Knötchen gebildet, und eine Stelle über der Tibiakante zeigt besonders starke Epidermisschuppung.

Die Hautkrankheit hat ferner mehr als die Hälfte des dorsum pedis sinistri ergriffen, indem dort etwas oberhalb der Tarsometatarsalgrenze an der Medianseite die Ulcerationen ihren Anfang nehmen. Zum Teil ist die Haut wieder einfach infiltriert, zum Teil geschwürig degeneriert; es sind einzelne cca. bohnengrofse Knötchen durchzufühlen.

Am äufseren Fufsrande, von der prominentia metatarsi V schräg nach vorne bis zur Grundphalange der 5. Zehe, verläuft eine strichförmige, fast 1 cm breite Ulceration, grofsenteils mit dicken grauen Borken be-

setzt. Gröfsere, unregelmäfsig begrenzte und floride aussehende Geschwüre nehmen die Gegend der Metatarsophalangealgelenke und der Grundphalangen III—V ein. Ein derber, subepidermoidaler Knoten ist in der Falte zwischen Zehe I und II zu fühlen.

Auf der Medianseite des rechten Kniegelenkes zeigt sich eine über fünfmarkstückgrofse längliche, rote, infiltrierte Fläche, an der Patella einfach schuppend, nach unten mit mifsfarbenen Krusten bedeckt.

Ganz dieselben Charaktere weist auf der rechten oberen Extremität eine thalergrofse, lateralwärts über dem unteren Drittel der Ulna gelegene Stelle auf. In gleicher Höhe sieht man über dem Radius eine alte Narbe, von der Gröfse eines Markstückes. Über dem Metacarpus IV liegt ein pfennigstückgrofser Herd, der in Verbindung steht mit einer grofsen, über den Metacarpis digiti II und III gelegenen, stark schuppenden und intensiv geröteten Hautpartie. Diese letztere setzt sich mittelst einer frisch blutigen, rhagadenförmigen Ulceration auf den Index fort, welcher selbst die typische Mifsgestaltung der Spina ventosa mit langem krallenförmigen Nagel aufweist.

Anamnese: Patient ist bis zum fünften Lebensjahre völlig gesund und ein munteres Kind gewesen. Damals zeigten sich zuerst Geschwüre auf der Stirn, an der Haargrenze; es erkrankten die Augen an Amaurose, die spontan wieder schwand. Später bekam der Knabe an verschiedenen Stellen der Körperoberfläche Knoten, besonders grofse am Arm und in der Axillargegend, später solche auf dem Fufsrücken, der Oberlippe und der Nase. Alle diese Geschwüre scheinen der Beschreibung nach — die Krankengeschichte im Journal ist abhanden gekommen — Gummiknoten gewesen zu sein. Sie sind ziemlich schnell hervorgetreten und langsam spontan geheilt, zum Teil nachdem sie durchgebrochen waren.

In ähnlicher Weise erkrankte dann wieder vor etwa $2^1/_2$ Jahren das Gesicht. Besonders die Oberlippe schwoll sehr stark an und in der Naso-labialgegend erschienen derbe Knoten. Es erfolgte damals Aufnahme in die Klinik, wo Patient ein ganzes Jahr hindurch mit Jodkali und Sublimatbädern behandelt wurde. Das Gesicht war bei der Entlassung noch nicht ganz geheilt. Patient fühlte sich jedoch leidlich wohl, besuchte durch $1^1/_2$ Jahre die Schule, bis neue Eruptionen, namentlich im Gesicht eine abermalige Aufnahme erheischten. Nunmehr bestand der oben gegebene Status praesens.

Familienanamnese: Die Mutter der Patientin will immer gesund und namentlich frei von Lues gewesen sein. Ihr erstes Kind — unehelich — ist ein jetzt erwachsener, kräftiger, junger Mann, welcher allerdings an den mittleren, oberen Schneidezähnen die typische Hutschinsonsche Degeneration aufweist, übrigens niemals Erscheinungen von Syphilis gezeigt haben soll. Mit ihrem ersten Ehemann Dr . . . zeugte sie dann ein Kind, welches im Alter von 6 Monaten starb. Als zweites Kind folgte unser Patient; dann ein Abortus von 6 Wochen (?). Syphilis dieses vor einigen Jahren gestorbenen Mannes ist nicht zu eruieren, allenfalls die Tatsache zu erwähnen, dafs er in seinen letzten Jahren schwere Geschwüre am Fufs gehabt haben soll. — Aus einer zweiten Ehe der Frau mit einem Italiener stammen 4 gesunde Kinder.

Die von uns angewendete Therapie:

Am 14. Januar werden die Ulcerationen an dem rechten Bein, am rechten Arm und am linken Knie mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, und aufserdem wird der durch Spina ventosa verunstaltete Finger amputiert. Hierbei zeigt sich ein Teil der Phalanx I, von 1 cm Dicke, gleich neben dem Phalango-metacarpalgelenk losgelöst. Am 20. Februar werden die kranken Partien

des linken Fufses mit dem scharfen Löffel und dann mit dem Paquelin behandelt. Die gröfseren, mit Borken bedeckten Herde und die darauf zerstreuten Knötchen werden mit dem rotglühenden Thermokauter zerstört. Ganz dieselbe Behandlung erfahren die Ulcerationen im Gesicht. Unter Jodoform- und Sublimatverbänden wird die Heilung eingeleitet.

Ein Blick auf die Vorgeschichte dieses Falles, sowie die an der Klinik eingezogenen Erkundigungen belehren uns, dafs wir hier eine Coincidenz von Lupus und Syphilis vor uns haben, bei der wahrscheinlich beide Krankheiten von Anfang an gleichzeitig florierten. Zwischen die Produkte einer hereditären Blutdyskrasie, — als solche darf man wohl eine derartige Syphilis bezeichnen — drängten sich die lupösen Erscheinungen, die ja, wie Hutschinson hervorhebt, stets, auch bei multiplem Auftreten, als eine Lokalerkrankung zu betrachten sind.

Eine eindeutige Diagnose scheint denn auch beim Beginn des Leidens nicht gestellt worden zu sein. Der Fall wird vielmehr als einer von jenen gegolten haben, welche es begreiflich und bis zu einem gewissen Grade verzeihlich erscheinen lassen, dafs gerade auf diesem Gebiete der Dermatologie bis in die neueste Zeit hinein jene bedauerliche Unklarheit geherrscht hat, welche zum Beispiel in dem in fast allen Büchern umherspukenden Namen „Lupus syphiliticus“ ihren beredten Ausdruck fand.

Es gab eine Zeit, wo viele Dermatologen, unter ihnen Wilson und Veiel, den Lupus für eine Art von hereditär übertragener Syphilis hielten. Damit dürfte wohl in Zusammenhang stehen die von Veiel gemachte Beobachtung eines echten, angeborenen Lupus, des einzigen in der Litteratur bekannten Falles von kongenitalem Lupus überhaupt. Ollivier hat zwar auch den Lupus als erblich bezeichnet, aber gemeinhin und wohl

mit Recht wird Lupus vulgar. als eine nicht vererbbare Krankheit angesprochen und vielmehr als häufigstes aetiologisches Moment direkte Inokulation der Tuberkelbacillen angenommen. Auf die Art und Weise, wie man sich etwa eine solche Inokulation zu denken habe, werde ich weiter unten zu sprechen kommen.

Während man nun bald das Krankheitsbild des reinen echten Lupus zu isolieren lernte, versuchte man und versucht man heute noch in vielen Fällen vergeblich, eine scharfe Grenze zwischen den Efflorescenzen des Lupus, und namentlich älterer luetischer Deposita heraus zu diagnosticieren. Aber deshalb ist man in solchen Fällen gleichwohl nicht berechtigt, unter dem schützenden Deckmantel der Diagnose: Lupus syphiliticus seine Verlegenheit zu bergen, zumal man nicht allein von diesem Namen eine Förderung in der Differenzierung vergeblich erwarten würde, sondern er nur geeignet wäre, Verworrenheit herbeizuführen, selbst wenn man ihn auch für jene gewisse Mischerkrankung gelten lassen wollte.

Ähnlich verhält es sich mit dem Namen „scrofulate de vérole", den Ricord für die von Verneuil in Frankreich zuerst beschriebenen „scrofulös-tuberkulös-syphilitischen Mischformen (hybrides)" erfunden hat.

Lang spricht sich über diese Mischformen folgendermafsen aus: „Es giebt gewisse, an der Grenze zwischen Lupus und Syphilis schwebende Formen, die mit Sicherheit weder da, noch dorthin zugewiesen werden können."

Lelvir sagt: „C'est vrai, que dans certains cas exceptionels la syphilis peut produire du côté de la peau des lésions ressemblant tellement au lupus, que les plus habiles dermatologistes peuvent s'y tromper."

Neisser meint: „Das tuberkulöse Grofsknotensyphilid kann, namentlich wenn die einzelnen Knoten nahe aneinander gedrängt stehen, zur Verwechslung mit Lupus Anlafs geben. Beide zeigen runde, peripher sich weiter

verbreitende Ulcerationsprocesse, beide haben Nase und Wange als Lieblingslokalisation. Für lange persistierende Gummata, die nicht, wie dies gewöhnlich geschieht, verkreiden, macht Lang dann noch geltend, dafs in den persistierenden Infiltraten selbst, wie auch in der narbigen und normalen Umgebung kleine miliare und auch gröfsere, blafs bräunliche oder braunrötliche Herde auftauchen, welche durchaus an Lupusinfiltrate erinnern und auch in ihrem Verlaufe den Lupus-Charakter bewahren.“ Er sah solche lupusähnliche Deposita auch in anderen Infiltraten, die während einer jahrelangen Dauer nur teilweise ausheilten, am häufigsten bei ebenso gearteten. skrophulösen Infiltraten und neigt zu der Ansicht, es handle sich in einem solchen Falle wohl um eine langsame Umwandlung des Krankheitsproduktes in Tuberkel, beziehungsweise Ablagerung derselben in den alten Infiltraten. Damit hätten wir wieder eine Bestätigung meiner oben besprochenen Annahme. Lang nimmt aber noch deutlicher Stellung in dieser Frage mit der ihm am plausibelsten erscheinenden Annahme, dafs wir es oft mit Lupus- oder tuberkelähnlichen, oder — wie Volkmann sagt — tuberkuloiden Infiltraten (abr) zu thun haben, welche sich gelegentlich in allen Syphilis-Herden ebenso wie in anderen chronischen Produkten entwickelt haben.

Alle diese, aus rein klinischen Beobachtungen herausgewachsenen Behauptungen entraten aber, genau genommen, der schlagenden Beweiskraft, welche ihnen nur vermittels einer durch histologisch-pathologische und bakteriologische Arbeiten gelieferte Bestätigung zu teil werden kann. Ein einziger Fall nun, bei dem nach jeder Seite hin der Beweis geliefert zu sein scheint, dafs tatsächlich unter Umständen die beiden Krankheiten ihre sinnlich wahrnehmbaren Produkte gleichzeitig, und räumlich aufs engste mit einander vereinigt, hervorbringen können, ist von H. Leloir im Journal des

maladies cutanées et syphilitiques 1871 veröffentlicht worden. Es handelt sich um eine phthisisch hereditär belastete Person von 34 Jahren, die auf dem linken Unterschenkel als die Folge von einer im neunten Lebensjahre überstandenen tuberkulösen ostitis tibiae eine unregelmäfsige, mit dem Knochen fest verwachsene Narbe zeigt. Vor zwei Jahren entstanden am Halse mehrere Lymphadenitiden mit Vereiterung und Fistelbildung. Die Patientin zeigte im übrigen alle Typen des lymphatischen-skrophulösen Habitus.

Seit dem 24. Lebensjahr bestand acquirierter Lues. Bei dem Beginn der Behandlung durch Leloir konstatierte dieser in der rechten regio colli lateralis papulotuberkulöse Knoten, von der Gröfse einer halben Haselnufs, sehr erhaben, kupferrot und hart. Mehrere zeigten scharfe Umränderung. Leloir stellte die Diagnose: „syphilides tuberculeuses-hypertrophiques.“ Durch eine gründliche spezifische Kur (Hg und K. J) werden sie teils ganz beseitigt, zum Teil auf die Hälfte ihres Volumens reduziert. Plötzlich, bei unveränderter Therapie, hörte jede Besserung auf; die noch bestehenden Schäden trotzten jeder antisyphilitischen Behandlung. „Il semblait, que nous avions enlevé quelque chose, et que, ce quelque chose disparu, cequi restait, se mettait à évoluer d'une façon spéciale avec un aspect particulier, que vous n'avions pas encore vu jusqu'ici.“ Die Farbe der zurückbleibenden Geschwüre war anders, als die der früheren, ebenso die Konsistenz, welche einen gelatinösen Charakter zeigte, — es restierten echte Lupustuberkeln (von myxomatöser Abart, wie sie Leloir beschrieben hat). Inokulationen von Partikelchen aus diesen lupösen Deposita hatten positiven Erfolg d. h. sie erzeugten in Tieren viscerale Tuberkulose. Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab echten Lupus, umhüllt von fibrösem, durch antisyphilitische Behandlung entstandenem (Narben-)

Gewebe, während die histologisch-pathologische Untersuchung eines vor der antisyphilitischen Behandlung abgeschnittenen Partikelchens keine Entscheidung darüber zugelassen hatte, ob Lupusgeschwulste oder Syphilome vorgelegen.

Es liefs sich also trotz der engen Zusammengehörigkeit der beiden aetiologisch verschiedenen Geschwulstarten, in diesem Leloirschen Falle durch die Therapie gewissermafsen eine säuberliche Scheidung ins Werk setzen. Leloir erklärt sich die Genese dieser Tumoren als wahrscheinliche so, dafs die schon länger bestehenden syphilitischen Ulcerationen von dem Eiter geimpft wurden, der sich aus den benachbarten Fisteln ergofs, die in den vorher bestehenden scrofulo-tuberkulösen Knoten gebildet worden waren. Er hält diese Hypothese vor allem deshalb für plausibel, weil man häufig Lupusknoten auf solchen Teilen der äufseren Decke sich entwickeln sähe, die durch den aus einer tuberkulösen oder scrofulo-tuberkulösen Läsion sich ergiefsenden Eiter arrodiert seien.

Kehren wir nunmehr zu unserem zweiten Falle zurück, so lehrt er uns ferner, dafs es dem Lupus noch leichter als auf der äufseren Hautdecke, auf den Schleimhäuten gelingt, eventuell die blühendste Syphilis zu imitieren. Er stellt sich hier in der Regel als eine blafsrote oder rote Granulationsfläche resp. Geschwürsfläche dar, neben welcher manchmal Zapfen und kolbenförmige Hervorragungen wie am Zahnfleisch und den Tonsillen zu ansehnlicheren, geschwulstartigen Knoten zusammentreten. Die mit dünnem Epithel überzogenen Stellen stechen ebenso wie die noch nicht ulcerierten kleinen Lupusherde der Schleimhaut durch einen bläulichen Schimmer ab. Die lupösen Infiltrate fühlen sich meist weich an, setzen erhebliche Defekte — gewöhnlich erst nach Jahren — nur in den Weichteilen, während an

den Knochen — am häufigsten beim Processus palatinus unmittelbar hinter der Zahnreihe — blofs Usurierung, aber selten Perforation zu stande kommt.“

Nach alledem sollte man glauben, dafs tatsächlich häufige Irrtümer in der Differentialdiagnose Lupus-Syphilis unvermeidlich seien; dafs dem aber in Wirklichkeit nicht so ist, verdanken wir einer Reihe von oft sehr deutlichen Unterscheidungsmerkmalen, welche dem Auge des einigermafsen Geübten nicht leicht entgehen. —

Vor allem charakterisiert den Lupus meist ein äufserst chronischer Verlauf. Was den Tuberkelbacillen vielleicht durch jahrelange schleichende Tätigkeit zum Opfer gefallen, wäre ceteris paribus von dem syphilitischen Virus vielleicht in wenigen Monaten bereits vernichtet worden. Ferner beginnt der lupöse Process meist in frühester Kindheit, wogegen die in Betracht kommenden Syphilisformen — die gummösen Syphilide der Haut, gewöhnlich erst im vorgerückteren Alter sich einzustellen pflegen. Gegenüber der Syphilis, die ihre Schäden meist in asymmetrischer Weise setzt, pflegen die lupösen Efflorescenzen meist in symmetrischer Weise in die Erscheinung zu treten. Aufserdem charakterisieren den Lupus sehr gut die kleinen, meist in einiger Entfernung von gröfseren, älteren Infiltraten inselartig auftretenden Knötchen — Primäreffloreszenzen, die bei Lues gemeinhin nicht vorkommen.

Während ferner die luetischen Geschwüre einen derb festen, sich scharf von der Umgebung abhebenden Rand aufweisen, geht Lupus mit flachweicher, wallartig aufgeworfener Grenzregion in normales Hautgewebe über. Für Nasenlupus — dieser ist ja der am häufigsten beobachtete — ist differential-diagnostisch endlich noch zu betonen, dafs er nicht wie die Syphilis in dem knöchernen Nasengerüst sich etabliert, und, dasselbe zerstörend, die bekannte Sattelnase erzeugt, sondern sich mit den knorpeligen Teilen begnügt und

durch Vernichtung derselben die sogenannte „abgegriffene“ Nase entstehen läfst.

Als unzweideutiger Herold für die kongenitale Lues ist endlich noch die berühmte Hutschinsonsche Trias zu erwähnen, nämlich die typische Degeneration der Schneidezähne, — halbmondförmige Ausbuchtung, — die Keratitis parenchymatosa und die Mittelohrkatarrhe, — deren hohe diagnostische Bedeutung in der neuesten Zeit allerdings vielfach bestritten wird.

In ähnlicher Weise hat man sich längst daran gewöhnt, diese verschiedenen diagnostischen Unterscheidungsmerkmale in zweifelhaften Fällen heranzuziehen, und ist auch wohl berechtigt, diese Tatsachen als Regeln hinzustellen; aber auch hier trifft das alte Wort: „Keine Regel ohne Ausnahme“ wieder vollkommen zu, denn diese Ausnahmen sind leicht zu konstatieren. Von berufenster Seite ist längst darauf aufmerksam gemacht worden, wie sehr uns alle diese schönen Wegweiser eventuell im Stiche lassen können, und wir uns aus arger Ratlosigkeit nur durch ein Refugium zu retten vermögen, welches gemeinhin in der Diagnostik geringes Ansehen genieſst — durch die Probe mit allgemeinen antiluetischen Mitteln.

Die oben erwähnte Eigenschaft des Lupus, bereits im frühesten Kindesalter zu beginnen, hat selbstverständlich in allen jenen Fällen keinerlei diagnostische Bedeutung, in welchen, wie bei unseren Fällen, die Lues hereditären Ursprungs ist, also ebenfalls im früheren oder späteren Kindesalter in die Erscheinung tritt. Ferner können, wie Anspitz behauptet, die als die treuesten Lupusbegleiter bekannten Knötchen bei alten lupösen Plaques völlig fehlen.

Derselbe Autor bestreitet andererseits auch die Möglichkeit, in allen Fällen aus der derb festen, knotigen Beschaffenheit, die diagnose Syphilis zu lesen, weil der Lupus genau ebensolche grössere, palpable

Knoten produziere, wie er sich auch keineswegs scheue, hin und wieder in das Knochengewebe vorzudringen, jenes reiche Arbeitsgebiet des syphilitischen Virus. „Der Lupus kann nicht selten an den Fingern Caries, Necrose, Verkrümmung, Abstofsung der Phalangen, Subluxation heraufbeschwören, wogegen er niemals“ — und dies ist für unseren zweiten Fall von Bedeutung — „eine echte Spina ventosa“ im Gefolge haben soll“.

Wir dürfen also die Spina ventosa unseres Patienten wohl auf das Conto der Syphilis setzen, indem die allerdings zu berücksichtigende Annahme, dafs es sich hier um eine primäre solitäre Knochentuberkulose handeln könne, als sehr unwahrscheinlich wohl abgewiesen werden dürfte, umsomehr als die syphilitische Aetiologie der Spina ventosa als gar nicht so selten angenommen wird. Um nun in der Aufzählung der Beweisgründe dafür, wie wenig sicher für die Diagnose alle jene angeführten Unterscheidungsmerkmale unter Umständen sein können, fortzufahren, — so sind es empirische Tatsachen, dafs hereditäre Lues ebenso chronisch verlaufen kann, wie Lupus; dafs selbst das letzte Auskunftsmittel, die Diagnostik e iuvantibus in gewissem Sinne sich als unzuverlässig erweist, indem Hg, lokal als Pflaster angewendet, hier und da luetische Produkte gar nicht beeinflufst, wogegen es andererseits, wie oben bereits erwähnt, und unser Fall 1 lehrt, oft mit schönstem Erfolg gegen Lupus anwendbar ist. Leloir meint auch, dafs oft von den tüchtigsten Dermatologen als Lupus vulgaris angesprochene Fälle durch innere antisyphilitische Behandlung energisch beeinflufst würden. Auch das differential-diagnostische Moment, dafs bei syphilitischen Ulcerationen die Krusten viel derber und höher seien, als bei lupösen, erscheint ziemlich problematisch. Fügen wir noch hinzu, dafs die Nierenform, welche verschiedene Autoren als ausschliefsliches

Charakteristikum für die Spätsyphilide in Anspruch nehmen, ebenso gut lupösen, serpiginösen Ulcerationen zu eigen sein kann —, und ferner, dafs Lang wohl mit Recht behauptet, jene von Hutchinson als für hereditäre Syphilis typisch angegebenen Veränderungen würden nicht so selten auch ohne Syphilis angetroffen, — so müssen wir immer mehr zu der Ueberzeugung gelangen, dafs uns unter Umständen die richtige Differentialdiagnose zwischen Lupus und Syphilis hereditaria einfach unmöglich wäre, wenn uns nicht die Probe vermittels einer länger durchgeführten antiluetischen Kur noch nachträglich auf die richtige Spur verweisen würde. Diese mufs uns gleichsam den Mangel einer „syphilitischen“ Anamnese ersetzen, oder besser die verborgene Anamnese an das Tageslicht ziehen, welche uns ja in den meisten Fällen von acquirierter Lues, selbst bei den mannigfachsten Komplikationen, vor diagnostischen Irrtümern bewahrt.

Der Verwechslung der beiden Krankheiten auf den Schleimhäuten wird in etwas dadurch vorgebeugt, dafs bei Lupus im Hals resp. im Mund und Rachen, fast stets aufsen im Gesicht Spuren früherer Erkrankung vorhanden sind. Noch mehr trifft dies zu bei Erkrankungen des Larynx, wo Lupus jedenfalls erst recht spät, und nachdem er Teile der äufseren Haut heimgesucht hat, stationär wird. Dehnt er sich, wie dies hin und wieder geschieht, von den äufseren Nasenbedeckungen gegen die Nasenhöhle aus, um auch dort seine verheerende Wirkung zu betätigen, so wird also eine genaue Untersuchung der äufseren Hautdecke etwaige Zweifel in betreff der Diagnose zerstreuen können, und die richtige Erklärung der Vorgänge auch innerhalb der Nasenhöhle ermöglichen. Gleichwohl bringt Lang zum Beweise dafür, wie fast unüberwindliche Schwierigkeiten sich manchmal einer richtigen Differentialdiagnose bei Schleimhautlupus in den Weg stellen, einen Fall bei,

in welchem der Lupus an der Nasenhaut sein Zerstörungswerk vollendet hatte, aber die Erkennung seiner Spuren durch eine verunglückte Plastik erschwert wurde; es hatte dann der lupöse Prozess die Mundschleimhaut heimgesucht über den harten Gaumen gegen die Segel und die Tonsillen sich erstreckt, und hier massige, zum Teil bereits in Ulceration übergehende Infiltrate gesetzt.

Da in beiden beschriebenen Fällen die Mutter angeblich völlig gesund ist, und speziell niemals irgend welche luetische Erkrankungen gezeigt haben will, so sei es mir zum Schlufse gestattet, auf die hochinteressante Frage von der Heredität etwas näher einzugehen, wenn schon unser Thema nur nebensächlich von derselben tangiert wird.

Die Materie von der Vererblichkeit der Syphilis, von Paracelsus im 16. Jahrhundert zum ersten Male überhaupt deutlich erörtert und seither in ihren mannigfachsten Gesichtspunkten von den verschiedensten Syphilidologen erschöpft, erscheint in allerneuester Zeit in dem Werke: „Vererbung der Syphilis von Fournier-Finger“ in ganz neuem Gewande. Fournier behauptet, in jenen Fällen von patern überkommener Syphilis, in welchen an der Mutter absolut keine spezifischen Erscheinungen auftreten, sei diese deshalb gegen die Syphilis ihres Kindes immun, weil sie von ihm in utero infiziert sei. Er gesteht also zu, dafs die Frauen ohne Zweifel syphilitisch seien, schon deshalb, weil Impfversuche auf solchen Individuen mit syphilitischem Virus stets negativ ausgefallen seien; — aber diese ihre Syphilis müsse eine ganz besondere, eine dauernd latente, eine „platonische“ Syphilis sein, sie stelle einen ganz neuen Typus dar, eine syphilitische „Imprägnation“ des Organismus ohne kenntliche Symptome, sie sei keine „aktive, sich äufsernde krankhafte Entität.“

Zur Erklärung dieser Tatsache stellt dann Fournier

die Hypothese auf, dafs durch die Placenta eine ganz schwache, allmähliche Infektion vor sich gehe, — eine Schutzimpfung, welche immun zu machen stark genug, aber zu schwach sei, eine floride Syphilis heraufzubeschwören.

Finger glaubt an der Hand der modernsten Errungenschaften in Fragen über die Immunität noch einen Schritt weiter gehen und die oben bereits in anderem Zusammenhange erwähnte Hypothese aufstellen zu dürfen, es werde diese Immunisierung durch die Syphilistoxine erzeugt, welche immerfort in den mütterlichen Organismus eindringe, während das Syphilisvirus selbst durch die Placenta abgefiltert werde.

Dergleichen mehr geistreich entwickelte, als durch Tatsachen bereits bewiesene Theorien sind nur allzusehr geeignet, unser objektives Urteil zu trüben.

Geht man den Dingen auf den Grund, so mufs man zu der Überzeugung gelangen, dafs man gar nicht gezwungen ist, zur Erklärung dieser scheinbar so rätselhaften Fälle zu geistreichen Kombinationen seine Zuflucht zu nehmen, da man doch überhaupt keine zwingenden Gründe hat, von der Annahme abzugehen, dafs die Syphilis auch in jenen Fällen in ganz landläufiger und gewohnter Weise ihre Wirksamkeit entfalte.

Nach Ansicht einiger Syphilidologen kann das Kind überhaupt niemals direkt vom Vater her seine Lues ererben, sondern mufs die Mutter stets selbst konstitutionell syphilitisch sein.

In der Tat ist dies die plausibelste Annahme, welcher, — hat es auch oft so den Anschein, — die Tatsachen keineswegs zu widersprechen brauchen.

Aber warum soll die Mutter sich nicht ahnungslos für syphilisfrei halten, wenn ihr Primäraffekt vielleicht hoch oben in der Vagina oder gar an der Portio gesessen, wenn die „Sekundärerscheinungen“, wie so oft einen ganz leichten und schnellen Verlauf genommen

haben, und von tertiärer Lues bisher tatsächlich nichts in die Erscheinung getreten war? In einem Falle soll nach Morel-Lavalée und Hudelo die Mutter eines syphilitischen Kindes allerdings fünfzehn Jahre ganz ohne Erscheinungen geblieben sein. Aber ein einziger solcher Fall kann doch in einer so wichtigen Frage füglich nicht annähernd die Dignität eines Beweises erhalten, angesichts der Tatsachen, dafs diese Zahl der Jahre nicht einmal das Maximum der beobachteten Syphilisdauer erreicht und ausserdem bekanntlich die Syphilis überhaupt in jedem Stadium spontan zu erlöschen vermag.

Und ferner, — müfste man eine so geheimnisvolle, ohne Primäraffekt beginnende, dauernd latent verlaufende Variation der Syphilis dann nicht auch für alle jene Fälle, — wenigstens während eines Jahrzehnte-langen Bestandes herbeiziehen, in welchen ziemlich betagte Patienten mit schweren tertiären Erscheinungen kommen und dabei in glaubwürdigster Weise versichern, niemals irgend welche venerischen Erkrankungen an sich bemerkt zu haben? Und wahrlich, solche Fälle gehören fast zu den Alltäglichkeiten!

Andererseits läfst sich allerdings kein vernünftiger Grund gegen die Annahme ins Feld führen, dafs das Semen eines konstitutionell syphilitischen Mannes hin und wieder mit virulentem Virus „imprägniert“ sein kann, um dann die keimende Frucht direkt zu inficieren. Ein unzweifelbarer Beweis hierfür ist jedoch noch nicht erbracht und so bleibt uns vorläufig bei hereditärer Lues nur der natürlichste Weg der Ansteckung, der vermittelst vorheriger Ansteckung der Mutter durch den Ehemann, mag die erstere nun etwas von ihrer Syphilis wissen oder nicht. Dafs jene Frauen syphilitisch sind, beweist unanfechtbar die Tatsache, dafs die Impfversuche mit syphilitischem Virus auf ihnen niemals ein positives Resultat geliefert haben. Und wahrlich die

schönsten Hypothesen von Immunisierung durch Syphilistoxine u. s. w. müssen durch unanfechtbare Beweisversuche zum Range der Tatsachen emporgehoben worden sein, bevor sie uns von unserem alten „Glaubenssatze“ abzubringen vermögen: Konstitutionelle Syphilis, und zwar nur konstitutionelle Syphilis macht immun gegen Syphilis!

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Wolff für die gütige Überlassung der beiden Fälle, sowie dem ersten Assistenten der Dermatologischen Klinik, Herrn Dr. Karl Levy für die freundlichen Ratschläge meinen aufrichtigsten Dank zu sagen.

Druck von G. Pätz Naumburg a. S.